VOL. 33 N.º 2

ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

JUNHO DE 1958

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

ATELOR
ROCHE

bendralan Labor
ANTIALÉRGICO
USO ORAL.
XAROPE
USO TÓPICO.
CREME

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 33 JUNHO DE 1958 N.º 2

Novos métodos e recentes resultados da dermatologia experimental

Alfred Marchionini

Nossos conhecimentos sôbre a morfologia das doenças da pele sofreram um impulso excepcional, graças aos trabalhos das escolas dermatológicas de Viena e Paris. Entretanto, quanto à etiologia, continuam muito imperfeitos. A bacteriologia, a micologia, a histologia e as análises de metabolismo intermediário, sem dúvida, contribuiram largamente para precisar a etiologia de tôda uma série de doenças. Mas, em outros casos, essas ciências auxiliares não deram os resultados esperados. Nesta ordem de idéias, penso, sobretudo, numa moléstia muito freqüente nos países da Europa Central e que não é rara no Norte e no Leste da Europa: a acrodermatite crônica atrofiante de Pick-Herxheimer. Na Grécia, pode-se dizer que jamais é vista, e, durante os 10 anos que passei como dermatologista na Turquia, nunca vi um só caso de doença de Pick-Herxheimer. Durante numerosas viagens ao Sul da Itália, à Espanha e a Portugal, jamais a encontrei e não me falaram dela. Permiti que vos fale, inicialmente, dos sintomas clínicos desta doença, com o auxílio de algumas fotografias em côres que porão bem em relêvo as alterações cutâneas típicas que ela provoca. A doença de Pick-Herxheimer é geralmente — mas não necessàriamente — localizadas nas partes distais das extremidades; daí o seu nome de acrodermatite, quer dizer, inflamação cutânea das extremidades. Ela é caracterizada, no início, por um rubor inflamatório rosa pálido, mal delimitado, cuja progressão é centrípeta, e cuja tonalidade passa lentamente ao vermelho violáceo escuro. Ao nível das articulações, verifica-se, geralmente, a formação de infiltrados um pouco mais importantes, que podem dar lugar a nódulos fibrinóides duros. A consistência da pele varia segundo o estado do processo: a infiltração inicial se reabsorve e dá, pouco a pouco, lugar a uma moleza pastosa que é seguida dum adelgaçamento progressivo dos tegumentos; com o tempo, a pele se torna tão delgada que deixa transparecer os vasos sangüíneos e os tendões; pinçada levemente entre o polegar e o indicador, pode-se pregueá-la fàcilmente e pôr em evidência o fenômeno conhecido sob o nome de "pele em papel de seda amarrotado", fenômeno

---

Conferência pronunciada na XIV Reunião Anual dos Dermato-Sifilógrafos Brasileiros — Rio de Janeiro, novembro de 1957.

também chamado "pele em casca de cebola". Êste sinal é positivo em tôdas as espécies de atrofias cutâneas. Subjetivamente, os doentes acusam, em geral, no período inicial, dores bastante violentas no periósteo dos membros atingidos.

Além da atrofia da epiderme, o exame histológico mostra, na derme, infiltrados perivasculares formados em sua maioria de linfócitos e de numerosos plasmócitos. Já durante o período inicial, os vasos mostram alterações patológicas muito marcadas; constata-se uma fragmentação da elastina em pequenos pedaços, fragmentação que se processa até a destruição total dessas fibras no período de estado.

No que respeita à etiologia desta doença, as opiniões estão divididas há muito tempo. Pensou-se que se tratasse duma seqüela de tuberculose ou sífilis, foram incriminadas perturbações fermentativas ou mesmo uma anomalia vascular endógena e constitucional. Depois que Mme. Swartz, especialista sueca em medicina interna, conseguiu curar casos de acrodermatite com injeções de penicilina, foi-se levado a crer tratar-se de uma moléstia infecciosa. As pesquisas efetuadas por Hauser apoiaram esta suposição. Com efeito, Hauser constatou, em indivíduos atingidos pela doença de Pick-Herxheimer, uma inflamação crônica dos gânglios linfáticos regionais, inflamação caracterizada por uma infiltração muito densa de plasmócitos, uma hiperglobulinemia e um aumento da velocidade de sedimentação. Ao lado da ação favorável dos antibióticos é, especialmente, a *distribuição geográfica* desta doença, sôbre o nosso Globo, que nos parace falar em favor duma etiologia infecciosa. Com efeito, é bem interessante constatar que esta afecção torna-se mais e mais rara, quanto mais próximo do equador, e que nos Estados Unidos da América só os estrangeiros emigrados são atingidos. Infelizmente, a esta concepção etiológica infecciosa faltavam, até agora, bases experimentais de apoio.

Transmitindo a acrodermatite de homem a homem, Goetz, colaborador de nossa Clínica em Munique, trouxe uma das provas, decisivas em favor da etiologia infecciosa desta doença. Procedeu à inoculação nêle próprio e sôbre três voluntários tôdos médicos.

Permiti-me que vos exponha ràpidamente a técnica empregada por Goetz. Êle fêz a excisão dum retalho de pele de tamanho duma ervilha ao nível dum foco de acrodermatite do cotovelo esquerdo de um doente que se encontrava ainda no período de infiltração inicial. Êsse fragmento foi implantado sôbre a face exterior do cotovelo de dois voluntários. No decurso das semanas seguintes, pudemos constatar o desenvolvimento duma infiltração típica em forma ne coxim, com um rebordo saliente nitidamente marcado, lembrando o eritema migrans crônico. Mais tarde, foi possível inocular a acrodermatite em segunda passagem a partir desta afecção artificial, com o aparecimento dos sintomas típicos da doença de Pick-Herxheimer. Todos os doentes voluntários acusaram violentas dores no periósteo. Constatou-se, igualmente, como nos casos espontâneos, alterações citológicas da medula óssea, aumento da velocidade de sedimentação e uma alta das gamaglobulinas no sôro. As alterações histológicas foram características.

Após ter demonstrado que a acrodermatite atrofiante crônica é uma afecção transmissível, e isto em várias passagens, os esforços feitos em nossa Clínica se concentraram na pesquisa dum germe infeccioso, cuja existência não se podia mais negar. Meus colabo-

radores Goetz e Nasemann procuraram então descobrir um vírus. Como a acrodermatite é sensível a pràticamente todos os antibióticos conhecidos (penicilina, aureomicina, terramicina, cloromicetina, estreptomicina e eritromicina), pode-se afastar todos os germens da família dos vírus de diâmetro inferior a 350 $\mu\mu$.

Sabemos, com efeito, que sòmente os grandes vírus organóides são sensíveis aos antibióticos. A despeito de todos os modernos métodos adequados de pesquisa, não se conseguiu pôr em evidência um germe dessa natureza. Nem com a coloração do Giemsa, nem com a técnica de Morosov, vimos ao microscópio corpos elementares ou inclusões celulares sugestivas. Os exames ao microscópio eletrônico não foram tampouco coroados de sucesso. A inoculação na gema e no líquido alantóidio do ovo de galinha incubado não deu resultado. Ensaios de inoculação em camundongo e cobaia foram também absolutamente negativos.

Todos os exames bacteriológicos, feitos em larga escala para pôr em evidência uma eventual *origem bacteriana* de nossa acrodermatite, permaneceram infrutíferas. As tentativas de culturas foram executadas em numerosos meios inoculados com tecidos atacados pela moléstia.

Em último lugar, restava-nos eliminar a eventualidade duma *infecção por treponemas*. Com efeito, pretendeu-se que germes desta classe animal eventualmente seriam os responsáveis. Meu colaborador Meinick examinou, ao campo escuro, numerosas preparações feitas, partindo de tecidos atacados de acrodermatite ou de coelhos aos quais se havia tentado inocular a afecção.

Jamais êle conseguiu ver um só treponema. Além disso, as reações sorológicas não falam de modo algum em favor duma afecção causada por treponemas.

Como quer que seja, a transmissão da doença de homem a homem, método inaugurado por Goetz, meu colaborador, fala nitidamente em favor da etiologia infecciosa da afecção de que nos ocupamos. Permiti-me insistir sôbre o alcance excepcional dêstes trabalhos. Hauser pensa que são carrapatos (Ixodes ricinus ou Ixodes reduvius) que, em condições naturais, transmitem a afecção ao homem; com efeito, são sobretudo os homens expostos às picadas de carrapatos que são acometidos de acrodermatite (população rural, população das cidades que vão em vilegiatura às regiões campestres infestadas de carraptados; esta última coincidência foi notada, sobretudo, em Berlim).

Fazendo seguimento aos trabalhos de Goetz sôbre a etiologia infecciosa da acrodermatite, alguns médicos da Clínica do Würzbourg (Binder, Doepfmer e Hornstein) empregaram o mesmo método de trabalho para procurar pôr em evidência a etiologia infecciosa do eritema migrans crônico, outra afecção de etiologia ainda desconhecida. Esta doença consta de um anel eritematoso, saliente e firme ao toque com uma progressão excêntrica de alguns milímetros por dia. A fragmentação do anel dá lugar à formação de arcadas e festões. A erupção pode atingir dimensões consideráveis. Observou-se que esta afecção aparece quase sempre depois duma picada de carrapato. Sabe-se que esta doença é igualmente curável pela penicilina. Os três médicos, antes referidos, ensaiaram inocular-se com o eritema migrans crônico dum paciente, implantando, segundo o método de Goetz, um pedaço de pele doente em sua própria epiderme.

Apareceu-lhes um eritema migrans crônico típico.

A partir destas lesões experimentais, êles fizeram novas passagens sôbre quatro médicos que se deixaram inocular em lugares diferentes. Graças aos resultados positivos dêsses ensaios de implantação é permitido considerar o eritema migrans crônico como doença infecciosa. A equipe de Würzbourg não chega, porém, a identificar um germe infeccioso. Foram infrutíferos todos os ensaios a partir de extratos de tecidos atingidos pelo eritema migrans crônico sôbre meios aptos à cultura de bacilos, treponemas ou vírus.

Já de há muito tempo que se suspeitava de relações íntimas entre a acrodermatite e o eritema migrans crônico. Permiti-me lembrar essas observações interessantes. Birbaum, Gaté, P. Jordan, e, ùltimamente, Hauser e Ludwig, viram e assinalaram imagens clínicas lembrando o eritema migrans crônico durante a evolução de casos de acrodermatite de Pick-Herxheimer e supunham tratar-se duma coexistência das duas afecções. Nós também vimos, numa doente, acrodermatite em início, acompanhada, numa extremidade, de eritema migrans crônico aparecido depois de picadas de carrapatos. O caso publicado por Ludwig é impressionante: êle observou, na mesma extremidade de um doente, acrodermatite na fase inicial e eritema migrans crônico.

Discutindo esta observação, Ludwig considera a possibilidade duma relação causal entre estas duas doenças.

Após sua passagem por Würzbourg, a chama científica acesa por Goetz, em Munique, transmite seu fogo sagrado a Berna. Com efeito, nesta pequena capital da Suíça, Paschoud se ocupa da etiologia da Lymphadenosis benigna cutis, doença que Bafverstedt descreveu sob êsse nome genérico e que examinou com cuidado infinito. Nós a conhecemos melhor sob seu nome mais antigo, de linfocitona.

Esta afecção se apresenta sob duas formas clínicas. O primeiro tipo é caracterizado por nodosidades profundamente inclusas na pele, bem delimitadas, às vêzes bastante consideráveis, de consistência mole e pastosa, que fazem saliência e que apresenta, geralmente, uma coloração vermelho-cianótica. Êstes tumores indolentes crescem lentamente e têm tendência a se ulcerar.

O segundo tipo clínico é caracterizado por pequenos nódulos não ultrapassando o tamanho duma ervilha ou duma pequena amêndoa, às vêzes múltiplos, bem delimitados, raramente salientes e que apresentam, à vitro-pressão, um pontilhado de manchas escuras.

O número de elementos varia de um a vários. Os tumores do tipo macro-nodular localizam-se de preferência no lobo da orelha, nos mamilos e nos órgãos genitais. Os pequenos nódulos de tipo miliar são geralmente localizados no rosto, mas se encontram indiferentemente em tôdas as partes do corpo. A doença se observa em tôdas as idades e tem uma evolução muito lenta.

Do ponto de vista histológico, a microscopia mostra uma hipertrofia dos tecidos linfáticos da pele que pode evoluir até a formação de centros germinativos idênticos aos dos gânglios linfáticos: grupos de células reticulares de largo protoplasma, aglomeradas em ilhotas bem delimitadas, apresentam-se cercados de infiltrados muito densos de linfócitos, acompanhados, às vêzes, de plasmócitos e de eosinófilos. Temos visto linfocitomas aparecerem após picadas de insetos. Neste caso, justamente, pode-se observar, de vez em quando, uma combinação de linfocitoma com eritema

migrans crônico. Assinalemos que também tem sido constatada a coexistência do linfocitoma com a acrodermatite atrofiante de Pick-Herxheimor. Sob o ponto de vista terapêutico, as sulfamidas e a penicilina prestam bons serviços, e a aplicação de raios X é também geralmente coroada de sucesso. A cura espontânea do linfocitoma não é rara.

Paschoud primeiramente executou um grande número de inoculações em diferentes meios de cultura e em animais, para procurar pôr em evidência uma etiologia bacteriana do linfocitoma, mas suas experiências ficaram sistemàticamente negativas. Nessas condições, Paschoud recorreu ao método de Goetz e ensaiou transmitir o linfocitoma de homem a homem, partindo dum caso típico desta afecção, no lobo da orelha de um menino. Êstes ensaios de transplantação foram coroados de sucesso. Clinicamente, os indivíduos inoculados mostraram, após um período de desenvolvimento variando de 8 a 12 semanas, linfocitomas absolutamente típicos; as alterações histológicas foram características e rigorosamente idênticas àquelas dos casos espontâneos: a derme invadida de centros germinativos cordados de infiltrados muito densos de linfócitos. Entretanto, os esforços repetidos de Paschoud, para demonstrar, inequìvocamente, a etiologia infecciosa do linfocitoma pela demonstração de um germe qualquer, não tiveram êxito. Êle não pôde demonstrar nem bacilos, nem treponemas, nem vírus.

No decurso de suas pesquisas, Paschoud conseguiu transmitir a afecção de seus casos inoculados em outros voluntários; realizou, assim, uma segunda e uma terceira passagens. À luz dessas experiências, a natureza infecciosa do linfocitoma — permiti-me insistir sôbre êste ponto — pode ser considerada como certa.

Quando da terceira passagem, Paschoud observou, a partir dum linfocitoma que êle havia inoculado na pele do dorso da mão dum voluntário, a formação dum eritema migrans crônico. A evolução dêste eritema migrans crônico foi seguida durante 19 semanas. No decurso de sua progressão excêntrica sôbre o dorso, êste eritema migrans crônico deixou no seu rastro alguns pequenos infiltrados nodulares que, ao exame histológico, apresentaram as alterações típicas dum linfocitoma. Assim, Paschoud pôde observar, após duas passagens humanas experimentais, a transformação dum linfocitoma em um eritema migrans crônico que êle mesmo, no decurso de sua progressão, deixou, à sua passagem, pequenos linfocitomas miliares.

Os resultados destas investigações mostram, de maneira indiscutível, que existem relações as mais íntimas entre o eritema migrans crônico e o linfocitoma. É de se perguntar se não se trata duma só e mesma afecção, aparecendo sob duas formas clínicas diferentes: uma forma fixa com histologia típica, chamada linfocitoma, e uma forma migrante, histològicamente não específica, chamada eritema migrans crônico.

Não esqueçamos que, nas condições naturais, encontra-se sempre, no centro de cada eritema migrans crônico, um pequeno nódulo, que se forma exatamente onde a picada do inseto inoculou a infecção. Ora, êsse nódulo apresenta, segundo as pesquisas do meu colaborador Spier, as alterações histológicas típicas do linfocitoma miliar.

Nós nos encontramos, assim, no período inicial duma série de pesquisas experimentais coroadas de sucesso, pesquisas destinadas

a demonstrar a origem infecciosa de algumas moléstias cutâneas cuja etiologia era ignorada.

Fazemos votos para que pesquisas semelhantes venham nos esclarecer sôbre a etiologia dum bom número de outras doenças e trazer um pouco mais de luz à patogênese das afecções desta grande desconhecida que é a pele, sem embargo de todos os nossos esforços.

Vemos, de novo, como o grande matemático e astrônomo francês Laplace tinha razão quando dizia: "O que nós conhecemos é pouca coisa; o que ignoramos, é imenso".

Entretanto, não devemos renunciar à tentativa de encontrar uma solução dos problemas etiológicos das doenças cutâneas. Que esta frase de Goethe termine a minha exposição: "O homem não nasceu para resolver os problemas do mundo, mas sim para procurar onde o problema começa, mantendo-se, em seguida, nos limites do compreensível".

Enderêço do autor: Klinik Franenlobstrasse 9,
München 15, Alemanha

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 30 de outubro de 1957

Depois de declarar iniciada a reunião, realizada no Hospital dos Servidores do Estado, o Sr. Presidente pede aos presentes que se manifestem sôbre a representação da Sociedade nas comemorações do cinqüentenário de sua congênere argentina, a realizar-se no próximo mês.

O Prof. J. Ramos e Silva sugere ofício de adesão, considerando representantes todos os associados que comparecerem às comemorações aludidas. Ainda com a palavra, propõe voto de pesar pelo falecimento do Dr. J. Charpy, e solicita que êsse voto seja comunicado à filial marselheza da Sociedade Francesa de Dermatologia e Sifilografia, sugestão e propostas que são aprovadas.

O Dr. Glyne Rocha refere o falecimento do Dr. Charles Rein e exalta a maneira gentil com que aquêle colega recebia, em Nova York, os sul-americanos. Propõe voto de pesar, que é aprovado.

O Prof. J. Ramos e Silva menciona o convite recebido pelo Prof. H. Portugal para ministrar curso de histopatologia na Sociedade Argentina de Dermatologia e Sifilografia, convite êsse que considera honroso para a S.B.D.S. e significativo dos méritos do convidado.

O Dr. D. Peryassu comunica que o Prof. Ramos e Silva será distinguido, pela Academia Nacional de Medicina da República Argentina, com o título de membro correspondente.

Ordem do dia:

MASTOCITOMA — Prof. H. Portugal e Dr. D. Peryassú

Comentários:

Prof. A. Carlos Pereira — Acha que o diagnóstico seria difícil, se não fôssem as lesões em outras regiões. Sugere terapêutica pelos antimaláricos.

Dr. Mario Rutowitsch — Concorda com a sugestão do Prof. Antonio Carlos Pereira, pois também tem obtido bons resultados com essa terapêutica.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Declara já ter empregado os antimaláricos em líquen plano, com resultados nulos, provocando casos de líquens atípicos.

Dr. J. D. Azulay — Declara que ficaria em dúvida quanto ao diagnóstico, se não fôsse o resultado do exame histológico. Solicita ao Dr. Paulo de Castro Barbosa que comunique a evolução, informando se regridem tôdas as lesões.

Dr. D. Peryassú — Discorda do Dr. J. D. Azulay quando afirma que o diagnóstico só é possível mediante exame histológico, pois considera típicas as lesões de líquen palmar, várias das quais tem examinado. Sugere, como terapêutica, o método de Charpy com calciferol, que geralmente cura em 60 dias.

Dr. Paulo de Castro Barbosa — Agradece as sugestões e promete atender à solicitação do Dr. Azulay.

DERMATOMIOSITE — Dr. Antonio Posse Filho

Comentários:

Dr. D. Peryassú — Considera o caso interessante sob vários pontos de vista, sendo classificado no grupo das grandes colagenoses. Realça, como de grande importância, o informe referente à dificuldade de deglutição. Re-

corda-se de um caso no IAPI que, sendo uma dermatomiosite, evoluiu para esclerodermia. Acha que êste caso é idêntico e sugere a conveniência de ser revisto, em face da esclerodermia progressiva.

Dr. Glyne Rocha — Informa ter visto êste caso, há dois meses, e concordado com o diagnóstico de dermatomiosite, embora considere o diagnóstico dessas colagenoses como matéria de diferenciação muito sutil. É de parecer que não há dados clínicos que permitam chegar a uma conclusão. Refere ter acompanhado o caso de uma menina, no qual diagnosticou lúpus eritematoso com presença de células L.E., diagnóstico êste contestado por muitos, porém confirmado nos Estados Unidos da América. Acha o problema das neoplasias de grande importância nas dermatomiosites, e, às vêzes, de difícil solução. No caso presente, mantém o diagnóstico de dermatomiosite, considerando a existência de muitos elementos favoráveis a êste diagnóstico.

Dr. Mario Rutowitsch — Esclarece que, de início, o caso foi diagnosticado como esclerodermia, porém, em vista da sua ulterior agravação, pareceu preferível o diagnóstico de dermatomiosite.

Prof. H. Portugal — É de opinião que a lesão histológica de miosite deve sempre existir, sendo, porém, às vêzes, difícil de ser encontrada. Acha que o quadro cutâneo dessas colagenoses presta-se a muita confusão e, até do ponto de vista histológico, há aspectos que tendem para lúpus eritematoso e para esclerodermia.

Prof. J. Ramos e Silva — Refere a dificuldade que traz para o diagnóstico o emprêgo da cortisona, uma vez que modifica o quadro, invalidando elemento importante que é a evolução natural. Quanto ao tratamento, considera difícil prescindir do hormônio esteróide. Sugere o emprêgo da vitamina. E, em doses elevadas, como elemento terapêutico auxiliar. Declara só ter conhecimento de um caso de dermatomiosite curado e que isso se verificou antes do aparecimento dos hormônios esteróides, tendo sido administrada a vitamina E.

Dr. D. Peryassú — Menciona caso, diagnosticado como dermatomiosite, no qual do emprêgo de antibióticos, em conseqüência de infecção no ponto biopsiado, resultou a cura do paciente. Tratava-se de eczematóide microbiano. Concluiu afirmando que nem tudo que é miosite é dermatomiosite.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Chama a atenção para um sinal clínico de grande importância: a perda da fôrça muscular (teste clínico do apêrto de mão). Cita Annes Dias, segundo o qual, quando há dúvida entre o laboratório e a clínica, esta prevalece. Considera justificado, neste caso, o diagnóstico de dermatomiosite.

Dr. A. Posse Filho — Agradece.

RESULTADO DO USO DOS COMPOSTOS ACRIDÍNICOS EM DERMATOLOGIA — DR. MARIO RUTOWITSCH

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne Rocha — Felicita o Dr. Rutowitsch pelos resultados obtidos, pois, nos seus casos, esta terapêutica tem falhado inteiramente no psoríase. É de opinião que, no lúpus eritematoso, os compostos acridínicos agiriam como anti-sol e, cada um dêles, cobriria um comprimento de onda diferente, motivo pelo qual, às vêzes, quando um falha, outro dá resultado. Para confirmar êste modo de ação empregou a Paludrina, obtendo resultados idênticos. Consultou o laboratório fabricante do preparado, sôbre a possibilidade do mesmo agir como anti-sol, não tendo, até o momento, recebido resposta.

Prof. J. Ramos e Silva — Considera interessantes os ensaios do Dr. Rutowitsch, embora contrariem, até certo ponto, o efeito anti-solar, pois usou o produto em dermatoses generalizadas, com lesões nas partes cobertas, e obteve bom resultado. Externa sua opinião sôbre os dois casos apresentados: quanto ao de psoríase, pondera que se repete, exatamente, a mesma coisa com todos os outros medicamentos e informa que, no seu serviço, o Dr. Osmar Mattos tem obtido resultados excelentes com a diamino-difenil-sulfona, havendo, entretanto, casos em que êste medicamento falha completamente e casos nos quais produz melhora de 80 a 90%, continuando a lesão em estado estacionário. No que se refere ao caso de prurigo, é de opinião que todos os casos melhoram com o internamento, o que pode ocorrer inde-

pendentemente da medicação. Considera que a fase de investigação é necessária, devendo, porém, ser abandonada, uma vez que se observa a sua ineficácia.

Dr. Sylvio Fraga — Pergunta ao Dr. Rutowitsch se, no caso em aprêço, notou tendência para a eritrodermia.

Prof. A. Carlos Pereira — Congratula-se com o Dr. Rutowitsch e informa que tem usado esta medicação em casos de pênfigo, com resultados relativos.

Dr. Mario Rutowitsch — Esclarece que o Prof. Ramos e Silva já respondeu ao Dr. Glyne Rocha. Procurou uma explicação para o modo de ação dos compostos acridínicos e assemelha-o ao da cortisona, explicação esta que declara não ser original. Dirigindo-se ao Prof. Ramos e Silva, concorda que, realmente, as dermatoses atópicas se beneficiam com o internamento, não tendo, porém, regressão tão rápida. Informa ao Dr. Sylvio Fraga nunca ter tido acidente terapêutico.

SÍFILIS SECUNDO-TERCIÁRIA — DRS. MARIO RUTOWITSCH e I. GABBAY

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — É de opinião que o caso serve para chamar a atenção sôbre uma doença que se encontra em via de desaparecimento. Discorda dos autores que o denominam secundo-terciário. Considera-o secundário, como as exostoses típicas do secundarismo. Refere que as exostoses do secundarismo luético, responsáveis pela cefaléia, podem apresentar-se para fora ou na tábua interna.

Dr. I. Gabbay — Acha que as lesões ósseas são possíveis no secundarismo. Rotulou o caso de terciário pelo caráter destrutivo que apresentavam as lesões, com o que concordou o radiologista.

Dr. Mario Rutowitsch — O aspecto das lesões, que se assemelhavam a gomas, levou-o a incluir o caso no terciarismo.

Prof. J. Ramos e Silva — Concorda com a impressão de exostose, afirmando não haver destruição gomosa.

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DO VÍRUS SINGAPURA A 57 — DRS. MARIO RUTOWITSCH e I. GABBAY

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Considera sempre interessante relacionar a dermatologia com a clínica. Uma vez afastada a possibilidade de intoxicação medicamentosa, admite tratar-se de forma cutânea de gripe. Cita o Prof. Garfield de Almeida que, em 1914 e 1918, já havia feito referência a gripe cutânea. Aproveita o ensejo para prestar uma homenagem a êsse grande clínico. A seguir, lê trecho de livro de Garfield de Almeida onde há citação de exantema morbiliforme e escarlatiniforme, púrpuras, vesículas e bôlhas, de origem gripal.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Refere ter visto caso que, depois de curado da gripe, apresentou lesões palmo-plantares.

Dr. Newton Trotta — Relata haver sido acometido de gripe, com lesões peri-bucais, que desapareceram juntamente com a infecção. Dias depois, a gripe recidivou, porém sem a concomitância das lesões, embora tenha usado a mesma medicação.

Dr. I. Gabbay — Informa ter visto vários outros casos iguais, além dos verificados no Hospital dos Servidores do Estado.

Dr. O. Cruz — Em caso semelhante, diagnosticou eritema polimorfo, não afirmando que se tratasse de exantema proveniente da "asiática".

QUATRO CASOS DE CERATOACANTOMA — DRS. A. POSSE FILHO e N. HADDAD NETTO

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne Rocha — Felicita os autores, declarando que êsses casos têm sido desprezados, não só entre nós como em todo o mundo. Concorda com o Dr. Posse, achando que são mais freqüentes do que se pensa. Acha que a evolução rápida não é a de um epitelioma, enquanto que o aspecto, às vêzes, é de um *molluscum*. É de parecer que a lesão é autocurável, devendo o histopatologista acautelar-se quanto ao enunciado do diagnóstico. Cita Ferguson Smith, segundo o qual os ceratoacantomas seriam generalizados e solitários. Refere a reação ganglionar que surge em alguns raros casos e talvez devida à infecção secundária.

Prof. J. Ramos e Silva — Põe em relêvo a magnífica casuística e afirma que a presença dos gânglios não exclui o diagnóstico, pois os primeiros casos diagnosticados como verrucomas apresentavam adenopatia. Declara que prefere dizer "queratoacantoma", ao invés de "ceratoacantoma", tendo em vista ser aquela denominação de uso internacional.

Prof. H. Portugal — É, também, favorável a que se dê preferência à denominação "queratoacantoma".

Prof. R. D. Azulay — Congratula-se com os autores, afirmando que os queratoacantomas sempre existiram e que, apenas, ainda não estávamos habilitados a diagnosticá-los.

Dr. A. Posse Filho — Agradece os comentários e pergunta ao Dr. Glyne Rocha se acha que se deva aguardar a evolução do caso nasal, para observação.

Dr. Glyne Rocha — É de parecer que se deve operar imediatamente.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Avisa que a próxima sessão, — a XIV Reunião Anual, — será realizada, a 30 do mês vindouro, no Hospital dos Servidores do Estado, graças à interferência, junto à sua direção, do Dr. Rutowitsch. Comunica, outrossim, que a reunião de dezembro será realizada na Policlínica Geral do Rio de Janeiro (Serviço do Prof. Ramos e Silva), no dia 18.

Sessão de 26 de março de 1958

O Prof. H. Portugal propõe voto de pesar pelo falecimento do Dr. H. de Moura Costa, antigo Diretor da Sociedade. Apresenta resumo biográfico do extinto, citando alguns dos seus principais trabalhos, entre os quais: "Os acidentes da arsenoterapia" e "Aspectos da sífilis no Distrito Federal". Solicita que a Sociedade informe a família da homenagem. A proposta foi aprovada.

O Sr. Presidente comunica que a Sociedade telegrafou à família, no dia do falecimento do Dr. Moura Costa, e que se representou na missa de sétimo dia. Completando as palavras do Prof. Portugal, o Sr. Presidente informa que se acha no prelo um trabalho do Dr. Moura Costa sôbre doenças venéreas e sífilis, o que demonstra sua colaboração à Sociedade. Comunica, ainda, que a XV Reunião Anual será realizada em Minas Gerais, nos dias 8, 9 e 10 de julho do corrente ano, logo depois da conferência Pan-americana de Lepra e tendo como tema Pênfigos e penfigóides. Informa que, na próxima reunião ordinária, o Dr. Jorge Silva, cirurgião plástico, fará uma conferência sôbre a sua especialidade, e que, sob os auspícios da Sociedade e da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o Prof. H. Portugal realizará, de 16 a 30 de junho, um curso sôbre histopatologia da pele, no Departamento de Dermatologia da mesma Policlínica.

Em seguida, o Sr. Presidente apresenta as propostas, para sócios efetivos, de Mário Fonzari, do Serviço de Pênfigo foliáceo de S. Paulo; Nelson Lamy, dermatologista do IAPETC e da Policlínica Geral do Rio de Janeiro; Fernando Medeiros Paiva, da Marinha; Durval Guimarães Tinoco, do Serviço Nacional da Lepra; José Maria Munhoz da Rocha, assistente do Departamento de Dermatologia da Universidade do Paraná; Lívio Moreira, dermatologista do IAPC, no Paraná; Djalma Lopes e Ricardo Negrão Neto, ambos do Departamento de Profilaxia da Lepra, do Paraná; e Maria Nazaré Pinto, assistente de Clínica Dermatológica da Universidade do Paraná. Tôdas essas propostas foram aprovadas.

O Dr. D. Peryassú é de opinião que, funcionando normalmente uma filiada no Paraná, não há necessidade da Sociedade opinar a respeito dos sócios propostos por aquela Secção.

O Prof. H. Portugal esclarece que, sendo matéria estatutária, há necessidade de serem as propostas referendadas pela Diretoria da Sociedade.

O Sr. Presidente concorda com o Prof. Portugal.

O Dr. Jarbas Pôrto congratula-se com o Prof. Ramos e Silva pelos cursos que realiza anualmente, aproveitando temas de maior interêsse.

ORDEM DO DIA:

TRATAMENTO DA AMILOIDOSE — DRS. D. PERYASSÚ e A. POSSE FILHO

COMENTÁRIOS:

Dr. Jarbas Pôrto — Felicita o Dr. Peryassú pelo êxito obtido, pois em seus casos todos os medicamentos têm falhado. Acha difícil explicar o mecanismo de ação do Azurene. Gostaria que o Dr. Peryassú o fizesse.

Dr. O. Serra — Felicita o Dr. Peryassú, sobretudo porque os resultados sobrepujam os obtidos com a metionina.

Dr. D. Peryassú — Agradece os comentários e esclarece que o Azurene foi introduzido na terapêutica como dessensibilizante inespecífico. Existem, entretanto, trabalhos com o Azurene nas tesaurismoses e colagenoses, e como, na sua opinião, a amiloidose é uma alteração metabólica, com aumento da substância amilóide, resolveu experimentá-lo, obtendo resultados variáveis, porém animadores.

CROMOBLASTOMICOSE DE LOCALIZAÇÃO ANÔMALA, TRATADA COM VITAMINA D_2 — PROF. R.D. AZULAY e DR. JACOB D. AZULAY

COMENTÁRIOS:

Dr. Jarbas Pôrto — Nota, observando a "moulage" e o doente, que há aumento de uma das lesões. Embora os fenômenos inflamatórios devam ter melhorado, é de parecer que está havendo progressão no processo.

Prof. H. Portugal — Refere caso curioso, com a ação da vitamina D2 nos granulomas. Trata-se de doente, com lesão na fase, que, em conseqüência do diagnóstico de lúpus vulgar, tomou vitamina D2, em virtude do que a lesão regrediu. Tendo havido recidiva, mandou proceder à reação de Montenegro, cujo resultado foi positivo. A doente foi curada com glucantime.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Recorda que, na última reunião, apresentou caso tratado pelo calciferol, com excelentes resultados. Esclarece que a citação vem a propósito dos comentários do Dr. Jarbas Pôrto, que se mostrou veladamente pessimista. Acha que os trabalhos de Clóvis Bopp e as observações de Domingos Silva demonstram ser o único tratamento que pode alcançar os melhores resultados. Pessoalmente, prefere a via oral, método preconizado por Charpy.

Dr. D. Peryassú — Discorda da opinião do Dr. Padilha Gonçalves, de que esta seja a única terapêutica. Indiscutivelmente o calciferol age na cromomicose, porém o fator tempo é importante. Considera precoce a apresentação do doente, com apenas 4 meses de tratamento. Refere a opinião de autores sôbre o efeito da D.D.S. nas micoses, informando que a vem usando, com bons resultados. Acha que a D.D.S. não traz os inconvenientes do calciferol, única vitamina que pode causar intoxicação.

Dr. J. L. Miranda — Salienta que o Dr Gonçalves Uchôa referia-se ao tratamento da cromomicose com a D.D.S., afirmando serem os resultados muito bons.

Dr. Jacob D. Azulay — Concorda com o Dr. Jarbas Pôrto em que a lesão está maior, embora mais baixa. Refere que, de acôrdo com o Dr. Clóvis Bopp, o tempo de tratamento é de 180 dias, enquanto que o Dr. Domingos Silva assinala bons resultados com 15-20 empôlas. Alude aos primeiros sintomas que desaparecem: o prurido e a sensação de queimadura.

QUERATOACANTOMA TRATADO COM RADIOTERAPIA — DRS. D. PERYASSÚ e A. POSSE FILHO

COMENTÁRIOS:

Dr. E. Drolhe da Costa — Refere o fato de o Dr. Glyne Rocha, estudioso do assunto, ter tido oportunidade de trazer dois casos curados com arsênico pentavalente, baseado nos estudos de diversos autores. Chega à conclusão de que é contraindicada a aplicação de raios X nos queratoacantomas. Relata caso de sua clínica, em dorso de mão, cicatrizado com uma dose de 300r, levando a pensar em cura espontânea. É contrário à indicação dos raios X, sendo favorável à do arsênico.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Solicita esclarecimentos quanto às contraindicações dos raios X.

Dr. E. Drolhe da Costa — Explica não se tratar de contraindicação e sim de desnecessidade.

Dr. O. Serra — Endossa as palavras do Dr. Drolhe da Costa, quanto às observações do Dr. Glyne. Acha que, hoje, não se aceita mais interpretar como cancerosa a atipia que se observa nos queratoacantomas. Acha ter grande influência a maneira de proceder à biópsia. Informa ter o Dr. Glyne apresentado um caso curado com penicilina e outro com arsênico. Pede ao Prof. Portugal que se manifeste a respeito do assunto.

Prof. H. Portugal — É de parecer que, realmente, o diagnóstico depende da maneira de fazer a biópsia, a qual deverá ser procedida em tôda a extensão da lesão. Acha, entretanto, que pode haver associação com espinalioma, sendo uma prova disto o caso citado pelo Dr. Peryassú. Declara, também, haver o Prof. Ramos e Silva observado casos associados a piodermite.

Dr. Jarbas Pôrto — Pondera que o Prof. Portugal preconiza a biópsia total o que implica na remoção completa da lesão. Assim sendo, acha que se deva curar cirùrgicamente, levando-se em conta que essas lesões são, em geral, pequenas. Pergunta ao Dr. Drolhe qual o mecanismo dos raios X, uma vez que as verrugas são resistentes, enquanto a queratose senil não o é. É de parecer que o queratoacantoma é uma precancerose, preconizando, por isso, como tratamento ideal, a remoção cirúrgica, que possibilita, além do mais, bons resultados estéticos.

Dr. D. Peryassú — Declara não ser tão otimista em relação aos queratoacantomas, pois, de acôrdo com o Prof. Ramos e Silva, considera-os uma precancerose. Informa haver vários casos, no IAPI, diagnosticados histològicamente, pelo Prof. H. Portugal, como associados a espinaliomas. Acha que não se deve facilitar perante lesão de certa gravidade, motivo pelo qual considera temerário o uso do arsênico, que é um medicamento cancerígeno.

FOTODERMATITE — DRS. JARBAS PÔRTO e A. POSSE FILHO

Trata-se de paciente branco, brasileiro, de 47 anos, casado, que se apresentou à consulta com erupção eritêmato-papulosa dos antebraços, intensamente pruriginosa, caracterizada por recidivar, anualmente, no verão e desaparecer no inverno, desde há 10 anos. Foram tentados vários tratamentos, sem resultados satisfatórios.

O exame dermatológico revelou a presença de numerosas lesões eritêmato-papulosas, de ápice escoriado ou não, localizadas nos antebraços, especialmente na região póstero externa, assentando sôbre base discretamente liquenificada e intensamente pruriginosa. A face apresenta algumas lesões eritêmato-escamosas, formando pequenas placas planas, ou levemente papulóides, simulando lesões de eritematodes, e também pruginosas.

O exame histopatológico de fragmento de pele, retirado do antebraço, mostrou discreta coliquação de células da camada basal, e moderada hiperceratose. Na derme, existe discreto infiltrado linfocitário, em tôrno de capilares dilatados e cercados de halo edematoso; os anexos estão normais; e, no têrço médio da derme, há extensa faixa de degeneração basófila.

O diagnóstico clínico da fotodermatite foi confirmado pela melhora, em poucos dias, das lesões dos antebraços, apenas devida à proteção contra a luz solar, usando o paciente vestimenta de mangas compridas. As lesões da face pioraram nos primeiros dias, desaparecendo com a internação.

Prof. H. Portugal — Informa que o Dr. Sylvio Fraga está estudando êste assunto, sôbre o qual pretende apresentar um trabalho. Acha que êstes casos não dependem da porfirina e sim de uma substância que, provisòriamente, está com o nome de faixa luminosa.

Dr. O. Serra — Acha curioso o fato de que o doente, embora sempre tendo trabalhado exposto ao sol, sòmente agora haja apresentado o quadro lesional. Considerando que o aspecto de algumas lesões se assemelha ao lúpus eritematoso, pede ao Dr. Jarbas para fornecer esclarecimentos, mediante diagnóstico histológico.

Dr. Sylvio Fraga — É de parecer que, sob o ponto de vista histológico, essas lesões também são muito semelhantes ao lúpus eritematoso. Acentua residir a diferença apenas na paraqueratose, que só existe na dermatite solar.

Dr. Glyne Rocha — Alude à dificuldade dos diagnósticos, em certos casos. Refere haver apresentado um caso de lúpus eritematoso, o qual verificou, depois, tratar-se de dermatite solar. Chama a atenção para um tipo reticulado de dermatite solar, que se localiza no colo das mulheres e que merece acurado estudo, por ser de extraordinária freqüência.

Prof. O. Costa — Indica, ao Dr Sylvio Fraga, artigo do Prof. Pierini, sôbre o assunto.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Acha que deve ser tomada em consideração a pelagra, citada pelo Dr. Glyne Rocha. Lembra-se de ter visto casos de pelagra, no serviço do Prof. Anes Dias, que curaram, sem medicação e apenas com repouso e alimentação.

Dr. Jarbas Pôrto — Após agradecer os comentários, refere não considerar problema o nome da doença. Acha que o doente apresenta alguma coisa no organismo que o predispõe ao quadro mórbido, frente à luz solar. É de parecer que o importante é encontrar qualquer coisa que o proteja da influência dos raios actínicos. Pessoalmente, é contrário ao emprêgo dos antimaláricos com esta finalidade.

PORFÍRIA CUTÂNEA DO TIPO CONGÊNITO TARDIO, SEM PORFIRINÚRIA VISÍVEL — DR. BENJAMIN ZILBERBERG (apresentação do Prof. H. Portugal)

J.P.F., de 18 anos, feminina, portuguêsa, residente, há 4 anos, em São Paulo.

Conta a paciente que, em outubro de 1955, aos 16 anos, o lábio inferior inchou, em conseqüência de pequenas exulcerações. Em seguida, também o superior foi acometido, ao mesmo tempo que surgiram bôlhas no rosto, as quais, pela rutura, se transformavam em ulcerações recobertas de crostas. Estas, ao se despreenderem, deixavam cicatrizes profundas. Surgiram, depois, nos braços, nas mãos e nas pernas, lesões bolhosas, semelhantes a varicela, cujo desaparecimento era seguido de cicatrizes deprimidas, vaciniformes.

Em janeiro de 1956, foi internada em hospital, durante 4 meses, tendo apresentado vários surtos, caracterizados por bôlhas sôbre eritema, acompanhadas de ardor e localizadas nas partes descobertas. Ésses surtos eram precedidos, quase sempre, por febre alta, calefrios, cefaléias intensas, e acompanhados, freqüentemente, por dores abdominais, náuseas e delírio. Deixou o hospital sem que se chegasse a uma conclusão diagnóstica. Em janeiro de 1957, voltou ao mesmo hospital, por mais 4 meses, quando lhe administraram cortisone e tetraciclina, com alívio temporário.

Tem três irmãs perfeitamente sadias. Nenhum dos seus familiares jamais apresentou quadro dermatológico semelhante. Todos os surtos têm surgido independentemente de exposição ao sol.

Atualmente apresenta: no rosto, cicatrizes deprimidas, de vários tamanhos, de bordos talhados a pique; no nariz, crosta volumosa, que, removida, exibe cicatriz queloidiana; na pálpebra inferior direita, cicatriz queloidiana, encimada por uma bôlha; nos cotovelos e antebraços, ulcerações crostosas; nas mãos, edema renitente, epiderme pigmentada e cicatrizes hipocrômicas; em tôrno dos dedos, ulcerações crostosas, profundas, e placas verrucosas. Os surtos aparecem com intervalos que variam de 5 a 20 dias, raramente mais.

O aspecto das lesões, a sua localização nas partes expostas, as recidivas e a resistência terapêutica, levaram o autor ao dignóstico de porfíria.

As pesquisas de porfirinas na urina, no sôro sangüíneo, nas bôlhas e fezes, realizadas por ocasião dos surtos, ou fora dêles, foram sempre negativas, o que desorientou, profundamente, o autor, no início do estudo do caso. Entretanto, a consulta bibliográfica especializada aos autores que mais lidaram com a moléstia, especialmente sob o ponto de vista bioquímico, esclareceu-o devidamente. Embora em número reduzido, a literatura das porfírias relata alguns casos típicos, clássicos, em que as porfirinas não foram encontradas, apesar de pesquisadas repetidamente. Rimington, uma das maiores autoridades no assunto, relata, em seu último trabalho (1953), caso de paciente, irmã de um seu doente, com porfíria clássica, com porfinúria, na qual as pesquisas de porfirinas na urina foram negativas, durante 3 anos, tendo sido encontradas, em pequena quantidade, sòmente ao fim do terceiro ano de observação.

É opinião de grande número de autores que o fato de não se encontrarem porfirinas nos pacientes não deverá implicar no afastamento do diagnóstico, pois, em determinados pacientes e em determinadas épocas, podem faltar ou ser dificilmente detectadas, ficando o diagnóstico clínico de maior e decisivo valor.

Acha que se poderia explicar a falta de porfirinas nas excreções pela ingestão de cortisone, como afirma Zeligmann, em seu recente trabalho, ou, então, por ser a sua doença relativamente recente (2 anos).

Tem empregado, como terapêutica, o amplictil e a metionina.

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne Rocha — Refere ter tido oportunidade de ver vários casos de porfíria em Buenos Aires. Menciona o Dr. Borda, que tem classificado dentro da porfíria várias outras dermatoses, e o Dr. Lacaz, cuja opinião é de que só deva diagnosticar porfíria em presença da porfirina.

Reuniões Científicas

Seminário Dermatológico da Escola Paulista de Medicina

A Cátedra de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Escola Paulista de Medicina (Prof. A. Rotberg) resolveu realizar, na última segunda-feira de cada mês, às 8,30 horas, a partir de abril do corrente ano, um Seminário Dermatológico, destinado à demonstração prática de dermatoses interessantes, aspectos histopatológicos, micológicos, bacteriológicos, alérgicos e outros correlatos, técnicas diagnósticas e terapêuticas dermatológicas.

O primeiro Seminário, realizado a 28 do mês aludido, obedeceu ao seguinte programa:

1) Prof. A. Rotberg: instalação, objetivo e métodos do Seminário;
2) Dr. J. Michalany: moléstia de Paget da mama.
3) Dr. A. F. Defina: esporotricose disseminada.
4) Drs. A. F. Defina e J. Michalany: micose fungóide (eritema pré-micótico).
5) Dr. A. C. Pereira: tuberculose verrucosa.
6) Dr. N. Domite: hidradenoma eruptivo.
7) Dr. Bugano: epidermodermite microbiana com espinulosismo.
8) A. A. Cunha: tuberculide pápulo-necrótica no decurso de calmetização.

2.° SEMINÁRIO

A 26 de maio teve lugar o 2.° Seminário, com os seguintes casos, apresentados e comentados pelos Drs. Cyro A. Pereira, A. F. Defina, A Rotberg, J. Michalany e A. A. Cunha, todos da Cátedra mencionada, e pelo Dr. V. A. Zamith: lucite familiar (2 casos), lucite, líquen córneo hipertrófico, disqueratose folicular (moléstia de Darier), poroqueratose de Mibelli, esclerodermia, esporotricose verrucosa, esporotricose atípica, síndrome de Ptutz (lentiginose bucal e polipose intestinal familiar) (só diapositivos), e pró-diagnose (paniculite de Weber?).

3.° SEMINÁRIO

A 27 de junho realizou-se o 3.° Seminário, no qual foram apresentados, pelos Drs. A. F. Defina, A. A. Cunha, Cyro A. Pereira, A. Rotberg, N. Domite e J. Michalany, da Cátedra referida, e pelo Dr. V. A. Zamith, os seguintes casos: histiocitoma, parapsoríase liquenóide (2 casos), prurigo melanótico, lúpus eritematoso disseminado, epidermólise bolhosa distrófica, epidermólise bolhosa adquirida, adenomas sebáceos simétricos da face, pró-diagnose (amiloidose cutânea?), pró-diagnose (esclerodermia circunscrita?) e blastomicose atípica.

Análises

POLIPOS ADENOMATOSOS MÚLTIPLOS DO INTESTINO DELGADO E PIGMENTAÇÃO MELÂNICA MACULAR DOS LÁBIOS (SÍNDROME DE PEUTZ). GERALDO BARROSO, ERNANE OSCAR DE MORAES FALLEIROS, AUREO GUIMARÃES MACEDO e ARY SALGADO. *Arq. brasil. de med. naval*, 19:6.979(jul. a set.),1958. 30-11-1957.

Após realizarem revisão bibliográfica a respeito da síndrome de Peutz, os autores apresentam caso de polipos adenomatosos múltiplos do intestino delgado, associados a pigmentação melânica macular dos lábios. Discutem, em seguida, a nomenclatura, a etiologia, a freqüência, a patologia e o tratamento. Chamam a atenção sôbre as relações entre as manchas melânicas e a presença de melanoblastos ou células dopa-positivas.

Resumo dos autores

ESPOROTRICOSE CUTÂNEA DISSEMINADA COM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO (DISSEMINATED CUTANEOUS SPOROTRICHOSIS WITH SYSTEMIC INVOLVEMENT). GERALD W. ARTHUR e JOHN W. ALBRITTAIN. *A.M.A. Arch. Dermat.*, 77:187(fev.),1958.

Os autores apresentam caso de esporotricose cutânea disseminada, com lesões da esclerótica, da túnica vaginal e da membrana sinovial do joelho. Discutem a identificação do fungo, o diagnóstico e o tratamento da doença.

Resumo dos autores

DERMATOMIOSITE PORFÍRICA (DERMATOMIOSITIS PORFIRICA). JULIO M. BORDA e SERGIO G. STRINGA. *Arch. arg. derm.*, 8:135(jun.),1958.

Descreve-se caso clínico de porfíria cutânea idiopática, em adulto, do tipo bolhoso, erosiva e pigmentada, com manifestações digestivas e neurológicas concomitantes (porfíria mista) que, após algum tempo, desencadeia, clínica e histològicamente, quadro típico de poiquilodermatomiosite. Refere-se, como de interêsse na evolução da enfermidade, episódio de porfíria aguda, com eliminação de porfobilinogênio, causada por injeção de ACTH. Considera-se a alteração do metabolismo dos pigmentos tetrapirrólicos como primitiva e condicionante dos transtornos dos tecidos, conjuntivo e muscular, desta poiquilodermatomiosite. Para fundamentar tal conclusão, faz-se referência a outras colagenopatias (esclerodermia, etc.) e elastopatias (pseudo milium coloide, cútis romboidal, etc.) de etiologia porfírica.

Resumo dos autores

LINFADENOSE BENIGNA CUTIS (L.a.b.c.) COMO DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA (DIE LYMPHADENOSIS BENIGNA CUTIS (L.a.b.c.) ALS UBERTRAGBARE INFEKTIONSKRANKHEIT). J.-M. PASCHOUD. *Hautarzt*, 9:153(abr.), 1958.

Relata o autor que, depois de reação inespecífica de urticária, desenvolveram-se no local da injeção, nas espáduas do paciente, no decorrer de quatro semanas, nódulos de coloração variando do azul avermelhado ao castanho, com pequena base eritematosa, sobressaindo no nível da pele. O primeiro exame histológico, na quinta semana, demonstrou extensa necrose do mesoderma, em tôrno da qual se achava infiltrado granuloso, com escassas células reticulóides, linfócitos e células plasmáticas. Na pesquisa histológica realizada na 11.ª semana, após o início da lesão, foi diagnosticado *Erythema chronicum migrans*, confirmado pelo linfocitoma central. Após 19 e meia semanas do início da expansão em forma de *Erythema migrans*, surgiram, nas proximidades do linfocitoma central, porém sem comunicação com êle, seis pequenos nódulos miliares cuja relação com a L.a.b.c. pôde ser histològicamente confirmada. Pela administração de 6 milhões de unidades de penicilina O.E., após 24 semanas do início da doença e 19 e meia semanas do aparecimento do anel circundante, do início da doença e 19 e meia semanas do aparecimento do anel circudante, conseguiu o autor, no mais curto espaço de tempo, verificar a cura definitiva do *Erythema migrans*. O ponto central da L.a.b.c. foi, desde o início do tratamento, totalmente excisado.

OPHELIA GUIMARÃES

OBSERVAÇÃO SÔBRE AS DISCROMIAS EM CONFETE (VITILIGÓIDE CONSEQÜENTE AO USO DA BENOQUINA NA EUROPA (BEOBACHTUNG DER DYSCHROMIA IN CONFETTI (VITIGILOID EX USO BENOQUINI) IN EUROPA). H.W. SIEMENS. *Hautarzt*, 9:532(dez.),1958.

Trata-se de descrição de dois casos de vitiligóide, após a administração de Benoquina, observados juntamente com casos casos de Latapí e Canizares. Em um dos casos, no qual a apresentação da discromia em confete é demonstrada de modo particularmente convincente, a marcha da pigmentação acha-se documentada com série de fotografias sucessivas.

Resumo do autor

É AINDA ADEQUADA A DENOMINAÇÃO EPIDERMOFÍCIA? (IST DIE BEZEICHNUNG "EPIDERMOPHYTIE" NOCH GERECHTFERTIGT?). H. GOETZ *Hautarzt*, 9:536(dez.),1958.

Tem-se verificado, na clínica, que nas dobras das grandes articulações, ou em lugares intertriginosos, desenvolvem-se afecções dos pêlos, de caráter crônico e de aparência eczematosa. Atribui-se a sua causa, até agora, na Alemanha, a vários epidermofitos e aos hifomicetos. Tôdas essas afecções são denominadas "epidermofícias". Depois que se demonstrou que também o *Epidermophyton interdigitale* e o *Epidermophyton rubrum* podem atacar o cabelo, êstes cogumelos são considerados "*Trichophytons*" e, conseqüentemente, as lesões por êles provocadas denominam-se tricofitoses. Do ponto de vista da diagnose micológica, só seria justo considerar "epidermofícia" quando fôsse descoberto o *Epidermophyton floccosum* como causa da lesão. Para que se fixe o quadro mórbido da epidermofícia, seria opinião do autor reunir tôdas as variedades sob a denominação comum de "tricofícias".

OPHELIA GUIMARÃES

PAPILOMATOSE CONFLUENTE E RETICULAR (ÜBER DIE PAPILLOMATOSIS CONFLUENS ET RETICULARIS). J. RAMOS E SILVA. *Hautarzt*, 10:11(jan.),1959.

O autor descreve caso de papulose confluente e reticular de Gougerot e Carteaud (adulto, apresentando dermatose com seis anos de duração, cura clínica após administração de vitamina A e E, com intercorrência de tifo). O diagnóstico diferencial foi considerado com relação à acanthosis nigricans juvenilis, à pseudoacanthosis nigricans, à pseudoatrophoderma colli e à parakeratosis "brilhante". Segundo o ponto de vista do autor, as duas últimas são idênticas e representam variante atrófica da papulose confluente reticular. A pseudoacanthosis nigricans é uma designação inadequada, idêntica à acanthosis nigricans juvenilis. Esta, por sua vez, é apenas variante da acanthosis nigricans. A "papillomatose papuleuse confluente et reticulée", de Gougerot e Carteaud, merece posição especial e pode constituir forma destacada, segundo as suas características de alteração da pele quanto ao pigmento plano e quanto à localização livre, isto é, situada fora das regiões intertriginosas da pele.

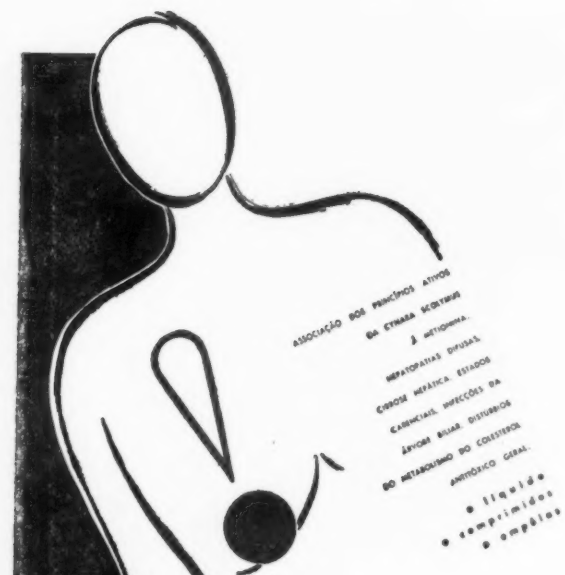
Resumo do autor

Notícias

Doenças venéreas

ATIVIDADES DO INSTITUTO DE DERMATO-VENEREOLOGIA EDUARDO RABELO, ANTIGO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL

2.° TRIMESTRE DE 1958

DISPENSÁRIOS:	*Abril*	*Maio*	*Junho*
Casos diagnosticados	590	592	561
Sífilis	107	111	109
Sífilis primária	46	45	41
Sífilis secundária	17	10	8
Outras formas	44	56	60
Gonorréia	272	108	261
Cancro venéreo	170	219	164
Linfogranuloma	39	129	26
Granuloma venéreo	2	25	1
Total de comparecimentos	1.915	1.995	1.975
Exames de 1.ª vez	1.143	1.114	1.171
Exames de laboratório realizados nos Dispensários	1.536	1.415	1.706
Injeções aplicadas	1.604	1.717	1.808
HOSPITAL EDUARDO RABELO (C. T. R.)			
Pacientes hospitalizados	33	50	32
Altas	30	43	40
Injeções aplicadas	1.006	845	542
LABORATÓRIO CENTRAL DE SOROLOGIA			
Reações sorológicas	2.816	3.270	2.701

ASSOCIAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ATIVOS
DA CYNARA SCOLYMUS
À METIONINA.
HEPATOPATIAS DIFUSAS.
CIRROSE HEPÁTICA. ESTADOS
CARENCIAIS. INFECÇÕES DA
ÁRVORE BILIAR. DISTÚRBIOS
DO METABOLISMO DO COLESTEROL
ANTITÓXICO GERAL.
• líquido
• comprimidos
• ampôlas
Cynaron-
metionina

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 300,00, para o Brasil, e Cr$ 360,00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 90,00, na época, e de Cr$ 100,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao administrador geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 33 (1958) — N.º 2 (junho)

TRABALHO ORIGINAL:

Batista de Souza & Cia. Editôres — Rua do Livramento n.º 103 — Rio